J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received: 2021/11/20 *Accepted:2022/06/21*

Perceived Barriers, Perceived Facilities, and Perceived Needs in Caring for Patients with COVID-19: A Case Study on the Experience of Nurses

Maryam Hosseinnejad(Ph.D)[1], Farzaneh Zolala(Ph.D)[2], Faezeh Parsaeemoghadami(M.Sc.)[3], Kambiz Bahaadinbeigy(Ph.D)[4], Simin Mehdipour(Ph.D)[5]

1.Assistant Professor of Health in Disaster and Emergencies, Student Research Committee, school of Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2.Associate Professor of Biostatistics and Epidemiology, Social determinants of health research center, Institute for futures studies in health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3.M.Sc. student of environmental health Engineering , Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
4.Associate Professor of Medical Informatics, MD in Emergency Medicine, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
5.Corresponding author: Assistant Professor of Health in Disaster and Emergencies, Midwifery and Health, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
Email: simin.mehdipour@gmail.com Tel: 09131982642

Abstract

Introduction: As the world is fighting against the epidemic of COVID-19, nurses as the largest group of healthcare professionals at the forefront of this struggle, perceive the threats and challenges. Therefore, it is important to know the factors that help or hinder the health of nurses. The aim of this study is to investigate the experiences of nurses caring for patients with COVID-19.
Methods: The data for this qualitative study was collected during the summer and early fall of 2020. Participants were nurses from a hospital, which was considered the main hospitalization center for COVID-19 patients in Kerman, a city in Iran; they were selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews. Conventional content analysis method was used to analyze th data.
Results: 10 nurses participated in the study. Three main categories and six subcategories were identified. Perceived barriers (including subcategories of "negative emotions" and "limitations in service delivery"), perceived facilities (subcategories included "perceived support", commitment to work", "previous experience"), and prevised needs (subcategories included "self-care" and "information needs") were identified through analysis.
Conclusion: Lack of seriousness to overcome the challenges and obstacles of nurses, results in epidemic, the health physical and psychological harm to them and in continuation of COVID-19 system will face nurses who will not have the enough capability to provide appropriate nursing care.

Keywords: nurses, COVID-19, perceived barriers, perceived facilities, perceived needs.
Conflict of interest: The authors declared that there is no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

This Paper Should be Cited as:
Author: Maryam Hosseinnejad, Farzaneh Zolala, Faezeh Parsaeemoghadami, Kambiz Bahaadinbeigy, Simin Mehdipour . Perceived Barriers, Perceived Facilities, and Perceived …..……Tolooebehdasht Journal. 2022;21(4):75-88.[Persian]

موانع، تسهیلات و نیازهای درک شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ : تجربه پرستاران

نویسندگان: مریم حسین‌نژاد[۱]، فرزانه ذوالعلی[۲]، فائزه پارسایی مقدم[۳]، کامبیز بهاءالدین بیگی[۴]، سیمین مهدی‌پور[۵]

۱.استادیار گروه سلامت در بلایا و حوادث، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲.دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳.دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۴.دانشیار گروه انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۵.نویسنده مسئول:استادیار گروه سلامت در بلایا و حوادث، دانشکده پرستاری، مامایی و بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران. تلفن تماس : ۰۹۱۳۱۹۸۲۶۴۲ Email: simin.mehdipour@gmail.com

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و یکم
شماره چهارم
مهر و آبان
شماره مسلسل: ۹۴

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹
تاریخ پذیرش:۱۴۰۱/۰۳/۳۱

چکیده

مقدمه: درحالی‌که جهان با اپیدمی کوید ۱۹ در حال مبارزه است، پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه شغلی مراقبت‌های بهداشتی در خط اول این مبارزه، با تهدیدات و چالش‌هایی روبرو هستند. بنابراین شناخت عواملی که به حفظ سلامت پرستاران کمک می‌کند و یا مانع از آن می‌شود، اهمیت دارد. هدف این مطالعه بررسی تجارب پرستاران در مورد موانع، تسهیلات و نیازهای درک شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ می‌باشد.

روش بررسی: داده‌های این مطالعه کیفی در تابستان و اویل پاییز ۱۳۹۹ جمع آوری شد. پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در بخش‌های عفونی در یک بیمارستان که به عنوان مرکز اصلی بستری بیماران در شهر کرمان، در نظر گرفته شده بود، از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد.

یافته ها: ۱۰ پرستار در مطالعه حاضر شرکت کردند. در این مطالعه سه طبقه و شش زیر طبقه شناسایی شد. موانع درک‌شده (شامل زیر طبقات احساسات منفی و محدودیت در ارائه خدمات) تسهیلات درک‌شده (شامل زیر طبقات حمایت‌های دریافت شده، تعهد به کار و تجربیات قبلی)، نیازهای ادراک‌شده (شامل خودمراقبتی و نیازهای اطلاعاتی) طبقات و زیر طبقات حاصل از تجزیه داده‌ها بود.

نتیجه گیری: فقدان عزم جدی در جهت برطرف نمودن چالش‌ها و موانع پرستاران موجب تهدید سلامت جسمی و روانی آن ها خواهد شد و در ادامه اپیدمی، نظام سلامت با پرستارانی روبرو خواهد شد که توانایی لازم برای ارائه مراقبت‌های مطلوب را نخواهند داشت.

واژه‌های کلیدی: پرستاران، کوید ۱۹، موانع درک‌شده، تسهیلات درک‌شده، نیازهای درک‌شده .

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

مقدمه

شیوع ویروس کوید ۱۹ که از وهان چین آغاز شد در مدت کوتاهی به کشورهای دیگر در سراسر قاره‌های جهان گسترش یافت. به‌طوری‌که در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ این بیماری از سوی سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان پاندمی شناخته شد(۱). اولین مورد بیماری در ایران در تاریخ ۱۸ فوریه ۲۰۲۰ در شهر قم تأیید شد و با فاصله کوتاهی در تمامی شهرهای ایران گسترش پیدا کرد.

علیرغم این موضوع که اقداماتی به منظور کنترل این پاندمی صورت گرفته است اما همچنان تعداد زیادی از مبتلایان به این بیماری نیازمند مداخلات بالینی در بیمارستان هستند(۲). این بیماری ویروسی باعث ایجاد طیفی از علائم در افراد مبتلا می‌گردد. درحالی‌که تعدادی از افراد آلوده به این ویروس هیچ‌گونه تظاهر علائم بالینی ندارند و تنها حامل بیماری می‌باشند(۳)، در عده‌ای از افراد طیفی از علائم خفیف تا شدید و تهدیدکننده حیات را به وجود می‌آورد به طوری که تعدادی از بیماران نیازمند بستری در بیمارستان می‌شوند و تحت مراقبت‌های پرستاری قرار می‌گیرند(۴، ۵).

در این همه‌گیری پرستاران به‌عنوان ستون فقرات نظام سلامت با برخی از چالش‌ها روبه‌رو هستند که سلامت آن ها را مورد تهدید قرار داده است. گرچه انگ و ترس از ویژگی‌های شایع هر اپیدمی است اما این احساسات منفی در میان کادر درمانی که در تماس با بیماران عفونی می‌باشند، می‌تواند بر سلامت روان آن ها تأثیر بگذارد(۶).

علاوه بر این، افزایش حجم کار به دلیل افزایش تعداد بیماران و کمبود نیروی انسانی و استلزام به رعایت استانداردهای سخت‌گیرانه، منجر به خستگی جسمی و روحی در کادر درمان می‌شود(۷، ۸). هم چنین کمبود وسایل حفاظت شخصی می‌تواند تهدیدکننده ایمنی و حیات آن ها باشد(۹).

با توجه نقش پرستاران در مبارزه با سونامی مرگ ناشی از این اپیدمی و لزوم حفظ و ارتقاء سلامت پرستاران، جامعه جهانی به این باور رسید که لازم است از پرستاران حمایت نماید، ازاین‌رو سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۲۰ را به‌عنوان سال جهانی پرستار و ماما تعیین کرد و شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ را به پشتیبانی از این گروه اختصاص داد.

ایران یکی از کشورهایی است که به دلیل پاسخ آهسته به بحران، آمادگی بد سیستم بهداشتی، زیرساخت‌های بهداشتی شکننده و کمبود تجهیزات محافظتی به دلیل تحریم‌های اقتصادی، به‌شدت تحت تأثیر همه‌گیری کوید ۱۹ قرار گرفته است(۱۰).

شیوع گسترده کروناویروس در ایران، مهم‌ترین اپیدمی بیماری عفونی در دهه‌های اخیر را ایجاد کرده که منجر به بستری شدن تعداد زیادی از مبتلایان به این بیماری در بیمارستان‌ها، و باعث افزایش بی‌سابقه تلاش‌های کادر درمانی در جهت مراقبت و درمان بیماران شده است. با توجه به جدید بودن بیماری، بدون شک در هر جامعه‌ای پرستاران تجاربی را بر اساس عوامل بافتاری خود به دست آورده اندکه بررسی آن ها می‌تواند اطلاعاتی را در اختیار سیاستگزاران و برنامه‌ریزان قرار دهد که به بهبود برنامه‌ریزی برای مقابله با چالش‌ها و ضعف‌ها در موقعیت‌های مشابه و حفظ و ارتقاء سلامت پرستاران کمک کند. از این رو این مطالعه با هدف بررسی تجارب پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران کوید- ۱۹ در شهر کرمان، انجام شده است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

روش بررسی

این مطالعه کیفی، به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد که از مصاحبه فردی نیمه‌ساختار یافته، برای جمع آوری داده‌ها استفاده گردید. نتایج به‌صورت کدها، زیر طبقات و طبقات با استفاده از رویکرد استقرایی استخراج شدند.

شرکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند در طول شیوع بیماری انتخاب شدند. نمونه‌گیری از تابستان تا اوایل پاییز سال۱۳۹۹ طول کشید. نمونه‌ها از بیمارستانی انتخاب شدند که به‌عنوان مرکز اصلی بستری بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در شهر کرمان معرفی شده بود. معیار ورود به مطالعه، کار در بخش‌های عفونی مراقبت از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ بود. لیست این پرستاران به همراه شماره موبایل آن ها از دفتر پرستاری اخذ گردید، سپس با افراد تماس گرفته شد و هدف تحقیق برای آن ها بیان گردید.

پس از کسب موافقت، مصاحبه‌ها توسط دو پژوهشگر به‌صورت رودررو در زمان و محلی که شرکت‌کنندگان تعیین کرده بودند انجام گرفت. مصاحبه به‌صورت نیمه ساختارمند توسط دو محقق انجام شد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید.

مصاحبه با یک سؤال کلی شروع شد " می تونید تجربه خودتون را در مورد مراقبت از بیماران کرونایی بگید؟" برای به‌دست‌آوردن توضیحات بیشتر و دقیق‌تر از سؤالات دیگری به‌صورت زیر مطرح شد. در هنگام مراقبت از بیماران فکر می‌کنید چه چیزی اهمیت دارد؟ احساستون در مورد مراقبت از این بیماران چیست؟ هنگام مراقبت از بیمارکرونایی چه خطراتی را درک می‌کنید؟ چه حمایت‌هایی دریافت کردید؟ آیا چیزهایی وجود دارد که برای شما مشکل‌ساز یا آزاردهنده باشد؟ آیا چیز دیگری وجود داره که بخواهید بگید؟ بعد از اتمام مصاحبه، شماره تلفن دو نفر از پژوهشگران در اختیار آن ها قرار گرفت تا در صورت تمایل اگر مطالب دیگری به ذهنشان رسید اضافه نمایند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها و عدم استخراج اطلاعات جدید ادامه یافت.

با اجازه مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط گردید و بعد از اتمام مصاحبه، پس از گوش‌دادن چندباره، متن مصاحبه‌ها کلمه به‌کلمه نوشته شد. به منظور تحلیل، روش تحلیل محتوای قراردادی با رویکرد استقرایی و با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA نسخه ۱۸ انجام شد. هر دست‌نویس به‌منظور شناسایی واحد معنایی چندین بار خوانده شد. سپس واحدهای معنایی خلاصه شد و کدها استخراج گردیدند. کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در زیر طبقات و طبقات قرار گرفتند.

به‌منظور باورپذیری داده ها، از روش بازبینی توسط یک پژوهشگر همکار و بازبینی توسط شرکت کنندگان استفاده شد.

مصاحبه‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها توسط دو تن از پژوهشگران انجام شد که هر دو سابقه کار بالینی به عنوان پرستار را داشته‌اند و هم اکنون دانشجوی دکترای سلامت در بلایا می باشند، بنابراین بر موضوع، تسلط کافی داشتند. انتقال‌پذیری با توجه به تنوع سنی، سابقه کاری و انتخاب پرستاران از شیفت‌های مختلف رعایت گردید. نمونه تحقیق، محیط و روش به طور کامل توضیح داده شده است. به منظور قابلیت اطمینان ارزیای صحت داده‌ها، تفسیر و نتایج توسط سوپروایزر بررسی گردید. برای اطمینان از تأییدپذیری تحلیل داده ها توسط دو پژوهشگر انجام شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

داده‌ها پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان و اخذ کد اخلاق IREC.KMU.I.160.1399 جمع‌آوری گردید.

اهداف مطالعه و ماهیت داوطلبانه مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و قبل از هر مصاحبه تلفنی رضایت آگاهانه شفاهی حاصل شد. به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها در جهت اهداف پژوهش و به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

یافته ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۱۰ نفر بودند که سن آن ها بین ۲۶ تا ۵۱ سال، و تجربه کاری آن ها بین ۲ تا ۲۸ سال بود. دادها در سه طبقه و ۷ زیر طبقه تقسیم‌بندی شدند که در ادامه به آن ها پرداخته شده است.

طبقه اول: موانع درک شده:موانع درک شده از دو زیر طبقه احساسات منفی و محدودیت‌های ارائه خدمت تشکیل شده است.

احساسات منفی: ترس به دلیل جدید و ناشناخته بودن بیماری، ترس به علت انتقال سریع بیماری، ترس از انتقال بیماری به خانواده، استیگما از طرف همکاران، استیگما از سمت خانواده، فشار اطرافیان برای ترک کار، دلتنگی‌های عاطفی، ناراحتی از شنیدن خبر فوت کادر درمان؛ احساسات منفی درک شده توسط پرستاران بودند.

در مورد جدید و ناشناخته بودن بیماری یکی از پرستاران گفت: " هنوز ویروس ناشناخته هست. حتی داروی خاصی هم نداره عوارضش معلوم نیست و این بده" (م: ۲). نقل‌قول زیر نشان‌دهنده ترس پرستاران از انتقال سریع بیماری است: " قدرت سرایتش بالاست. هرچقدر رعایت کنیم در معرض هستیم ما وسط کرونا هستیم یک لحظه حواست نباشه دستت بخوره به چشمت، به عضوی از صورتت تمام" (م: ۶). تمامی پرستاران نگران انتقال بیماری به خانواده‌شان بودند. یکی از پرستاران گفت " ترسم اینه و بیشترین نگرانیم اینه که ناقل باشم و به خانواده‌ام منتقل کنم" م: ۱۰). استیگما از طرف همکار یکی دیگر از مفاهیمی بود که نشان‌دهنده درک احساسات پرستاران بود. یکی از پرستاران درحالی‌که اول بغض و سپس گریه می‌کند گفت " همکاران بیمارستانی که می فهمیدن از بخش عفونی هستیم، می‌خواستیم بریم داروخانه می‌گفتند نیاین داخل" (م: ۲).

ترس از انتقال بیماری به خانواده باعث ایجاد دلتنگی عاطفی شده بود: "من مثلاً مادرم را چهار ماه ندیدم چون دیابتی هست ... بیشتر اوقات با عکسش حرف می‌زنم خوب دیگه چاره ای نیست" (م: ۴).

در مورد استیگما از طرف فامیل یکی از پرستاران گفت: "رفته بودم خونه برادرم که بهش یه دفتر بدم بهم گفت دفتر رو ببر خونه خواهرم من از اونجا می‌گیرم رفتم دم خونه خواهرم گفت بذار بی‌زحمت توی آسانسور بفرست بالا. من خیلی ناراحت شدم اومدم خونه یک ساعت گریه کردم" (م: ۵).

نقل‌قول زیر نشان‌دهنده فشار اطرافیان برای ترک کار بود: " من همسرم راضی نبود بیام سرکار از زمانی که کوید شروع شد و به من گفت که برو انصراف بده ... این مدت با هم بحث داشتیم" (م: ۶).

ناراحتی از شنیدن خبر فوت کادر درمان موجب ناراحتی عمیق پرستاران شده بود: "وقتی می‌فهمم یکی از کادر درمان فوت کرده خیلی ناراحت میشم، خیلی " (م: ۳).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

محدودیت‌های ارائه خدمت: افزایش بارکاری، کمبود وسایل حفاظت فردی در اوایل شیوع بیماری و محدودیت‌های ناشی از وسایل حفاظت فردی موانع درک شده ارائه خدمت پرستاران بودند. نداشتن همراهی یکی از علل افزایش بار کاری پرستاران بیان شد: "این مریضا همراهی ندارن ما باید کوچک‌ترین کار مریض را هم انجام بدیم این تازه برای مریض‌هایی هست که حالشون بهتره اگر مشکل بیماران بیشتر باشه دیگه کار سخت‌تره" (م: ۶).

پرستاران، کمبود تجهیزات حفاظت فردی در ابتدای شیوع بیماری را به‌عنوان مانعی بیان کردند که چالش اساسی برای آن ها ایجاد کرده بود: "و به زمانی بود ما نگران ماسک فردا بودیم برای من چالشی بود که حالا من فردا شیفت هستم به من ماسک می‌رسه یا نه".

سختی استفاده از وسایل حفاظت فردی مفهوم دیگری بود که توسط پرستاران بیان شد: " وقتی‌که بخواهیم بریم شام بخوریم باید دربیاریم، سرویس بریم باید دربیاریم، خوب ماسک‌ها ناجور هستند، ماسک‌ها باید کیپ بشن تیغه بینی زخم میشه.گان‌ها گرم هست" (م: ۳).

طبقه دوم: تسهیلات درک شده:حمایت‌های دریافت شده، تعهد به کار و تجربیات قبلی مفاهیمی بودند که به‌عنوان دو زیر طبقه تسهیلات درک شده شناسایی گردیدند.

حمایت‌های دریافت شده: پرستاران بیان کردند قدردانی خانواده بیماران، قدردانی بیماران، دریافت هدیه از سوی سازمان‌ها موجب حمایت از آن ها شده است. نقل‌قول زیر نشان دهنده قدردانی خانواده بیمار از پرستاران بود: " یه خانومی کیک پخته بود و نوشته بود دستان همه‌تان را می‌بوسم ارزش مادی نه، همین‌که می‌بینی ما اینجا کار می‌کنیم و کسی اونجا می بینه" ۵).

پرستار دیگری نمونه‌ای از قدردانی بیماران را به این شکل بیان می‌کند: " بعضی از مریضا قدردان ما هستن، ازته دل میگن خدا خیرتون بده حتی بعضی یه دسته‌گل گرفتن. بعضی از این چیزهای کوچولو خوشحالمون کرد". " بیمه ایران یک گلدان کوچک داد به همه ما و خوشحال‌کننده بود یا بانک رسالت و رفاه عیدی کارت خرید دادن فهمیدیم که به فکر ما هستن(م: ۹).

تعهد به کار و تجربیات قبلی: استفاده از تجارب قبلی موجب تسهیل مراقبت از بیماران شده بود: "تجربیات قبلی به دردمون خیلی میخوره اگه مریض تب داشته باشه مشکل کبدی نداشته باشه آپوتل میدیم. تجربه داریم دیگه میدونم چکار باید بکنیم. حتی اگه پزشکی در دسترس نباشه" (م: ۱). نقل‌قول زیر نشان می‌دهد حس تعهد به کار، عامل تسهیل‌کننده برای پذیرش شرایط موجود می‌باشد: "فکر می‌کنم باید خدمت کنم به مریض‌ها حتی اگر خودمم جونم در خطر باشه وظیفمه خودم شغلم را انتخاب کردم باید پاش وایستم"(م: ۳).

طبقه سوم: نیازهای درک شده:خودمراقبتی و نیاز به کسب اطلاعات به‌عنوان دو زیر طبقه نیازهای ادراک شده پرستاران شناسایی شدند.

خودمراقبتی: رفتارهای خودمراقبتی پرستاران شامل استفاده از مکمل‌های غذایی و توجه به تغذیه بود:

"برای تقویت سیستم ایمنی ویتامین سی خوردم، تقویتی میخوردم" (م: ۷). "از زمان کرونا مرتب آب‌میوه می‌گیریم می‌خورم که مریض نشم. ایمنی‌ام بره بالا خیلی مواظب هستم" (م: ۳).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

نیاز به کسب اطلاعات: به دلیل جدید بودن بیماری پرستاران نیاز داشتند تا درمورد بیماری کوید ۱۹ و جنبه‌های مختلف آن اطلاعاتی از راه‌های مختلف کسب نمایند. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات شبکه‌های مجازی و همکاران بودند: "ما اطلاعات خودمون را از شبکه‌های مجازی می‌گیریم توی واتساپ گروه داریم" (م: ۷). "من اطلاعات را از دکتر هامون می‌گیرم. رزیدنتند " (م: ۱).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به منظور درک تجربیات پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ انجام شد. مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران موانع، تسهیلات و نیازهایی را در مراقبت از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ تجربه کرده بودند. احساسات منفی و محدودیت‌های ارائه خدمت از جمله موانع درک شده توسط پرستاران بود. حمایت‌های دریافت شده، تعهد به کارو تجربیات قبلی تسهیلاتی بود که پرستاران در مراقبت از بیماران درک کرده بودند. خودمراقبتی و نیازهای اطلاعاتی از جمله نیازهای ادراک شده‌ی پرستاران بود.

در مطالعه حاضر پرستاران طیفی از احساسات منفی از جمله ترس به دلیل جدید و ناشناخته بودن بیماری، ترس به علت انتقال سریع بیماری، ترس از ابتلا خانوده، دلتنگی های عاطفی، استیگما، فشار اطرافیان برای ترک کار، و خبرهای ناخوشایند را درک کرده بودند. مطالعات مختلف نشان داده اند شیوع کوید۱۹ نه تنها در میان پرستاران بلکه در جامعه طیفی از احساسات منفی را به وجود آورده است(۱۳-۱۱). احساس ترس از بیماری ناشی از کوید ۱۹ قابل درک است زیرا افراد نگران سلامتی خود هستند.

هیچ کس نمی‌خواهد به ویروسی آلوده شود که خطر مرگ نسبتاً بالایی داشته باشد(۱۴). افراد نه تنها ترس از به خطر افتادن سلامتی خود دارند، بلکه این موضوع را درک می‌کنند که می‌توانند خطری برای سلامتی دیگر افراد مخصوصا خانواده شوند(۱۵). یک مطالعه مقطعی نشان داد بیشترین ترس پزشکان از بیماری کوید۱۹ به ترتیب انتقال عفونت به خانواده، شیوع سریع بیماری و عوارض بیماری بوده است(۱۶). در فرهنگ ایرانی حضور فیزیکی اعضا خانوده و فامیل یکی از جنبه های مهم پاسخ به نیازهای روانی و عاطفی است. در دوره شیوع کروناویروس، برای جلوگیری از انتقال بیماری رویکرد فاصله گذاری اجتماعی به کار رفت. پرستاران به دلیل احتمال ناقل بودن خود پایبندی بیشتری برای رعایت این مسئله داشتند بنابراین دوری فیزیکی از عزیزان تاثیر منفی بر سلامت روان آن ها داشت.

استیگما یکی از احساسات منفی در میان پرستاران این مطالعه بودکه منجر به واکنش عاطفی (گریه)در میان چند نفر ازآن ها شد. نتایج تحقیقی نشان داد استیگما علیه کارکنان خدمات بهداشتی درمانی که درگیر مبارزه با کوید ۱۹ بوده اند، منجر به پیامدهای منفی از جمله خستگی و فرسودگی شده و رضایتمندی آن ها را کاهش داده است(۱۷). در پژوهش حاضر احتمالا درک تهدیدات ناشی از بیماری در میان خانواده پرستاران باعث فشار بر پرستاران برای ترک کار شده است که این موضوع می تواند منجر به تنش در میان اعضای خانوده شود. همچنانکه یک مطالعه نشان داد درک خطرات شغلی کارکنان بهداشتی درگیر شیوع ابولا باعث ایجاد تنش در خانواده های سنگالی شده بود(۱۸). یکی دیگر از احساسات منفی درک شده

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

پرستاران در مطالعه حاضربیان ناراحتی و تأثر به دلیل شنیدن خبر مرگ کادر درمان بود. افزایش مرگ بیماران علی رغم تلاش تیم های کادر درمان باعث ایجاد حس شکست و ناتوانی در میان آن ها می شود (۱۹). حس ناتوانی زمانی بیشتر خواهد بود که گزارش هایی از مرگ همکاران درگیر در اپیدمی دریافت می‌شود. وجود این احساسات منفی، تهدیدکننده سلامت روان است. این در حالی است که پرستاران به دلیل ماهیت کاری خود استرس‌های گوناگونی را تجربه می‌کنند(۲۰). نتایج یک مطالعه فراتحلیل نشان داد شیوع افسرگی در بین کادر درمان ۲۳/۲ درصد، اضطراب ۲۲/۸ درصد، بی‌خوابی ۳۸/۹ درصد بوده است(۲۱).

در پژوهش حاضر محدودیت‌های ناشی از افزایش بارکاری، کمبود وسایل حفاظتی در اوائل شیوع بیماری و محدودیت های ناشی از وسایل حفاظت فردی، چالش‌هایی برای ارائه خدمات پرستاران فراهم آورده بود. این واقعیت مشخص شده است که در زمان اپیدمی بیماری های عفونی، پرستاران درگیر فعالیت هایی می شوند که زمانبر هستند(۲۲). دلایل زیادی برای افزایش حجم کاری پرستاران در زمان شیوع کوید۱۹وجود دارد. در فرهنگ ایرانی حضور اعضای خانواده بر بستر بیمار نقش مهمی در فراهم آوردن حمایت عاطفی و روانی دارد و علاوه بر آن در انجام برخی از فعالیت‌های روزانه به بیمار کمک می‌کنند. به این منظور در تمام بخش ها به جز بخش‌های مراقبت ویژه، یکی از اعضای خانواده بیمار درکنار بستر بیمار در بیمارستان حضور دارد. اما در شرایط شیوع کوید۱۹ از حضور اعضای خانوده در کنار بیماران جلوگیری شد. بنابراین در این شرایط تنها مراقبان اصلی پرستاران بودند که علاوه بر مراقبت های جسمی، خلأ ناشی از عدم حضور همراهان را جبران می کنند و این باعث افزایش بارکاری آنها شده است. متناسب با افزایش حجم کار، لازم است منابع انسانی توسعه یابد. اما نظام سلامت ایران با کمبود پرستار روبرو است به طوریکه بخش‌های بالینی با کمبود نیرو روبرو هستند (۲۴ ، ۲۳). توجه به استاندارد نسبت پرستار به تخت از عوارض نامطلوب درنظام سلامت جلوگیری خواهد کرد، چنانکه نتایج یک مطالعه متاآنالیز نشان داد به ازای افزایش هر پرستار به میزان ۱۴ درصد احتمال مرگ و میر کاهش می یابد(۲۵).

کمبود وسایل حفاظت فردی در اوائل شیوع بیماری یکی دیگر از چالش های ارائه خدمت بود،که مشکل اصلی اکثر دولت ها بود (۲۷، ۲۶) و نشان دهنده آمادگی کم کشورها در برابر شرایط اضطراری مانند اپیدمی گسترده بیماری‌های عفونی است. مراقبت از بیماران عفونی بدون تجهیزات ایمنی شخصی تهدیدی برای سلامت کادر درمان است. درک این تهدید علاوه براینکه بر سلامت روان تاثیر می‌گذارد، می تواند بر کیفیت مراقبت هم است تاثیر گذار باشد. استفاده از وسایل حفاظت فردی باعث ایجاد محدودیت‌هایی در میان کادر درمان از جمله پرستاران می‌شود که می تواند بر رفاه و سلامت جسمی و ایمنی آن ها تاثیر گذار باشد(۲۸). نتایج مطالعه‌ای نشان داد ۸۲٪ کادردرمان به علت استفاده از تجهیزات حفاظت فردی سردرد را تجربه کرده اند(۲۹). مطالعه ای دیگر نشان استفاده از وسایل حفاظت فردی در میان جراحان باعث افزایش خستگی و کاهش کیفیت عملکرد شده است (۳۰). اتخاذ تصمیمات و انجام اقداماتی برای جلوگیری از این عوارض ضروری به نظر می‌رسد، شاید کاهش ساعات کاری راه کار خوبی به نظر رسد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

در مطالعه حاضر حمایت های دریافت شده، تعهد به کار و تجربیات قبلی به عنوان تسهیلات درک شده شناسایی گردیدند. شناخت عوامل تسهیل کننده، تقویت آن ها و استفاده از آن ها در موقعیت های مشابه به ارتقاء سلامت کمک می‌کند. شیوع جهانی کرونا باعث ایجاد طیف گسترده ای از حمایت ها از کادر درمانی شد به طوری که کادر درمان در ایران به عنوان مدافعان سلامت لقب گرفتند. حمایت‌های اجتماعی از پرستاران می تواند انگیزه آن ها را برای تداوم کار افزایش دهد، و سطح مشکلات روانی را در بین آن ها کاهش دهد(۳۲ ، ۳۱). بنابراین تداوم و افزایش حمایت‌های اجتماعی از پرستاران یک ضرورت است. تعهد نسبت به شغل و تجربیات قبلی دو منبعی هستند که بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات حرفه‌ای تاثیر می‌گذارد. تعهد به شغل انگیزه ای درونی است که باعث می‌شود افراد شرایط سخت و ناگوار را تحمل کنند و بهترین خدمت ممکن را فراهم آورند(۳۴ ، ۳۳).

تجارب قبلی احتمالا باعث ایجاد اعتماد به نفس و خودکارآمدی افراد در مراقبت از بیماران می‌شود. نتایج مرور سیستماتیک نشان داد که تجربیات قبلی و ارزش های حرفه ای پرستاران در مورد وظایف خودشان، منابعی هستند که می‌تواند باعث ایجاد آمادگی آن ها در برابر اپیدمی بیماری های عفونی شود(۳۵).

خودمراقبتی ونیاز به کسب اطلاعات، نیازهای ادراک شده پرستاران در پژوهش حاضر بود که می‌تواند بر زندگی شخصی و حرفه ای آن ها تاثیر گذار باشد. پرستاران به منظور مراقبت از خانوده و بیماران، اهمیت خود مراقبتی را درک می‌کنند. خودمراقبتی رویکردهای مختلفی دارد و می تواند طیفی از اقدامات مانند خواب و استراحت کافی، ورزش، یوگا و مراقبه را شامل شود (۳۶).اما در پژوهش حاضر پرستاران تنها از رویکردهای تغذیه‌ای استفاده می‌کردند. با توجه به این که پرستاران دانش کافی در مورد روش های خود مراقبتی دارند اما برخی از عوامل، مانع به کار بردن روش‌های خود مراقبتی مانند ورزش می‌شود(۳۷). این مسئله به خوبی در زمان شیوع کرونا قابل درک می‌باشد. وجود ساعات طولانی کارسنگین و برنامه کاری نامنظم احتمالا باعث شده که پرستاران در دسترس‌ترین روش خودمراقبتی را انتخاب نمایند.

جدید بودن بیماری باعث شده که پرستاران در جستجوی اطلاعات باشند و مهم‌ترین منبع اطلاعات آن ها پزشکان و شبکه‌های مجازی بوده است. به‌منظور جلوگیری از اخبار نادرست توصیه شده که برای جستجوی اطلاعات مربوط به همه‌گیری کوید ۱۹ از منابع معتبر مانند راهنمایی‌ها و گزارش‌های منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت و مراکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های ایالات متحده استفاده شود(۳۸). این احتمال وجود دارد که شبکه‌های مجازی، اخبار منتشر شده توسط این سایت‌ها را جعل و یا تحریف نمایند بنابراین بهترین راه، مراجعه مستقیم به وب سایت های مرجع می باشد. از آن جایی که زبان سایت های ذکر شده انگلیسی است شاید آشنایی ناکافی پرستاران با زبان انگلیسی منجر به عدم رغبت آن ها برای استفاده از سایت های معتبر باشد. این در حالی است که زبان انگلیسی زبانی بین‌المللی است که نه تنها منابع کسب دانش را در میان پرستاران تقویت می‌کند بلکه می‌تواند فعالیت پرستاران

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

ایرانی را در سطح بین‌المللی افزایش دهد بنابراین لازم است سیاستگزاران و مدیران پرستاری تدابیری اتخاذ نمایند تا پرستاران بتوانند ظرفیت خود را در این زمینه افزایش دهند.

این مطالعه چندین محدودیت داشت. به دلیل این‌که در شروع اپیدمی در کرمان تنها یک مرکز مرجع برای بیماران مبتلا به کوید ۱۹ وجود داشت، شرکت‌کنندگان در مطالعه فقط از یک مرکز انتخاب شدند. از آن جایی‌که تصمیم‌گیری برای زمان و مکان مصاحبه برعهده پرستاران بود، به دلیل شیفت‌های کاری و نیاز به استراحت بین شیفت‌ها، در شروع کار، هماهنگی و قرار ملاقات با پرستاران برای انجام مصاحبه مدتی طول کشید.

مطالعه حاضر نشان داد پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران با مشکلاتی مواجه شده بودند که بر سلامت آن ها تأثیر منفی گذاشته بود. از طرفی درک برخی از تسهیلات به آن ها کمک می‌کرد تا بر چالش‌های پیش رو غلبه نمایند. هم چنین آن ها نیازهایی را ادراک کرده بودند که بر کیفیت زندگی شخصی و کاری آن ها تأثیرگذار بود. با توجه به اینکه تاکنون درمان خاصی برای بیماری کوید ۱۹ شناخته نشده است، زمان پایان اپیدمی نامعلوم است، بنابراین اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌ریزی مناسب به منظور حفظ و ارتقاء سلامت پرستاران در این شرایط دشوار، از مهم‌ترین اقدامات نظام سلامت می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدر دانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت. به این وسیله از مسئولین محترم دانشگاه و شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌شود.

References

1-WHO. WHO Director-General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19 - 12 March 2020 Available from: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19.2020;12.

2-Javanian M, Aghamirzaee Mahalli T, Aqatabar Roudbari J. Presenting A Model and Ranking of Factors Effective on Controlling and Coping with the COVID-19 Pandemic in Babol, Northern Iran. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2021;23(1):259-66.

3- Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. Jama. 2020.323(14):1406-7.

4-Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020;395(10223):497-506.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

5- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020;395(10223):507-13.

6-Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry. 2020;7(3):228-9.

7-Lam SKK, Kwong EWY, Hung MSY. A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases. 2019;14(1):1626179.

8-Lam SK, Kwong EW, Hung MS, Pang SM. Bridging the gap between guidelines and practice in the management of emerging infectious diseases: a qualitative study of emergency nurses. Journal of clinical nursing. 2016;25(19-20):2895-905.

9-Ing E, Xu Q, Salimi A, Torun N. Physician deaths from corona virus (COVID-19) disease. Occupational Medicine. 2020;70(5):370-4.

10-Einian A, Einian H. Modeling the Epidemic Dynamics of COVID-19 Outbreak in Iran. BMJ.

11- Khattak SR, Saeed I, Rehman SU, Fayaz M. Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan. Journal of Loss and Trauma. 2020:1-15.

12-Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. Brain, behavior, and immunity. 2020;87:23-4.

13- Labrague LJ, de Los Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. Journal of nursing management. 2020.

14-Kobayashi T, Jung Sm, Linton NM, Kinoshita R, Hayashi K, Miyama T, et al. Communicating the risk of death from novel coronavirus disease (COVID-19). Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2020.

15-Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. International journal of mental health and addiction. 2020.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

16-Urooj U, Ansari A, Siraj A, Khan S, Tariq H. Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic. Pakistan journal of medical sciences. 2020;36(Covid19-s4): 37-42.

17-Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social Stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. Sustainability. 2020;12(9):3834.

18-Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. Social science & medicine (1982). 2017;178:38-45.

19-Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. Journal of clinical nursing. 2020;29(13-14):2041-3.

20-Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between Death Anxiety and Mental Health Status among Nurses in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2017;19(2):47-53.

21-Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity. 2020;88:901-7.

22-Hessels AJ, Kelly AM, Chen L, Cohen B, Zachariah P, Larson EL. Impact of infectious exposures and outbreaks on nurse and infection preventionist workload. American journal of infection control. 2019;47(6):623-7.

23-Negarandeh R. Facing Nursing Shortage: a Complex Challenge. Hayat. 2015;20(4):1-4.

24-Niazi S, Jahani M, mahmoodi G. Evaluation of Human Resources in the Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences and Social Security of Qaemshahr City based on the Standards of the Iranian Ministry of Health. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2016;18(2):56-63.

25-Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, et al. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

analysis. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2018;17(1):6-22.

26-Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. Mass Medical Soc.2020.

27-Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical supply shortages the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine. 2020;382(18):e41.

28-Davey SL, Lee BJ, Robbins T, Randeva H, Thake CD. Heat Stress and PPE during COVID-19: Impact on health care workers' performance, safety and well-being in NHS settings. J Hosp Infect . 2021;108:185-8.

29-Ong JJY, Bharatendu C, Goh Y, Tang JZY, Sooi KWX, Tan YL, et al. Headaches Associated With Personal Protective Equipment - A Cross-Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19. Headache. 2020;60(5):864-77.

30-Yánez Benítez C, Güemes A. Impact of Personal Protective Equipment on Surgical Performance During the COVID-19 Pandemic. 2020;44(9):2842-7.

31-Kim Y-J, Lee S-Y, Cho J-H. A study on the job retention intention of nurses based on social support in the Covid-19 situation. Sustainability. 2020;12(18):7276.

32-Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. Journal of nursing management. 2020.

33-Al-Hamdan Z, Dalky H, Al-Ramadneh J. Nurses' professional commitment and its effect on patient safety. Global journal of health science. 2018;10(1):111.

34-Lam KK, Hung SY. Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: a qualitative study. International emergency nursing. 2013;21(4):240-6.

35-Lam SKK, Kwong EWY, Hung MSY, Pang SMC, Chiang VCL. Nurses' preparedness for infectious disease outbreaks: A literature review and narrative synthesis of qualitative evidence. 2018;27(7-8):e1244-e55.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]

36-Busolo D, Woodgate R. Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2015;13(1):99-111.

37-Ross A, Bevans M, Brooks AT, Gibbons S, Wallen GR. Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. AORN journal. 2017;105(3):267-75.

38-Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. The Journal of hospital infection. 2020;105(3):419-23.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11503]